

SEGURO NOVO

ALTERAÇÃO (PREENCHER APENAS OS DADOS A ALTERAR)

N.º APÓLICE _____ N.º PROPOSTA _____ S _____

DATA DE INÍCIO _____ DATA DE APROVAÇÃO _____ VISTO _____
DIA MÊS ANO DIA MÊS ANO

TOMADOR DO SEGURO / PROPONENTE

CLIENTE N.º _____ PRV NÃO SIM

NOME _____

DATA DE NASCIMENTO _____ N.º CONTRIBUINTE _____
DIA MÊS ANO

B.I. / OUTRO (N.º) _____ DATA (B.I. / OUTRO) _____ SEXO F M
DIA MÊS ANO

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL _____ - _____

TELEFONE _____ PESSOA DE CONTACTO _____

TELEMÓVEL _____ FAX _____ E-MAIL _____

ESTADO CIVIL _____ PROFISSÃO _____

IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS SEGURAS

CLIENTE N.º _____

O TOMADOR É PESSOA SEGURA ? NÃO SIM

NOME A INSCREVER NO CARTÃO _____
MÁX. 25 CARACTERES

PARENTESCO

CÔNJUGE _____ CLIENTE N.º _____ PRV NÃO SIM

B.I. N.º _____ N.º CONTRIBUINTE _____ DATA DE NASCIMENTO _____
DIA MÊS ANO

NOME A INSCREVER NO CARTÃO _____ SEXO F M
MÁX. 25 CARACTERES

FILHO(A) _____ CLIENTE N.º _____ PRV NÃO SIM

B.I. N.º _____ N.º CONTRIBUINTE _____ DATA DE NASCIMENTO _____
DIA MÊS ANO

NOME A INSCREVER NO CARTÃO _____ SEXO F M
MÁX. 25 CARACTERES

FILHO(A) _____ CLIENTE N.º _____ PRV NÃO SIM

B.I. N.º _____ N.º CONTRIBUINTE _____ DATA DE NASCIMENTO _____
DIA MÊS ANO

NOME A INSCREVER NO CARTÃO _____ SEXO F M
MÁX. 25 CARACTERES

FILHO(A) _____ CLIENTE N.º _____ PRV NÃO SIM

B.I. N.º _____ N.º CONTRIBUINTE _____ DATA DE NASCIMENTO _____
DIA MÊS ANO

NOME A INSCREVER NO CARTÃO _____ SEXO F M
MÁX. 25 CARACTERES

FILHO(A) _____ CLIENTE N.º _____ PRV NÃO SIM

B.I. N.º _____ N.º CONTRIBUINTE _____ DATA DE NASCIMENTO _____
DIA MÊS ANO

NOME A INSCREVER NO CARTÃO _____ SEXO F M
MÁX. 25 CARACTERES

NOTA: SE HOUVEREM MAIS PESSOAS SEGURAS É FAVOR PREENCHER OUTRA PROPOSTA SÓ COM ESTES DADOS.

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO



COBERTURAS, CAPITAIS, COMPARTICIPAÇÕES, SUBLIMITES E FRANQUIAS
(POR PESSOA SEGURA / ANO)

ESCOLHA A OPÇÃO PRETENDIDA, COLOCANDO UM X NUMA DAS 7 HIPÓTESES
(Não dispensa a leitura da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida)

OPÇÃO 1	OPÇÃO 2	OPÇÃO 3
<input type="checkbox"/> BASE	<input type="checkbox"/> BASE	<input type="checkbox"/> BASE
<input type="checkbox"/> BASE + ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA	<input type="checkbox"/> BASE + ESTOMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> BASE + ESTOMATOLOGIA
<input type="checkbox"/> BASE + ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA + PARTO		

	OPÇÃO 1	OPÇÃO 2	OPÇÃO 3
CAPITAIS			
HOSPITALIZAÇÃO	15.000 €	50.000 €	500.000 €
SUBLIMITE PARA PARTO	1.500 € (OPCIONAL) (1)	2.000 €	3.000 €
ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA	1.000 € (OPCIONAL)	2.500 €	5.000 €
2a OPINIÃO (2)	SIM	SIM	SIM
ESTOMATOLOGIA	-	250 € (OPCIONAL)	1.000 € (OPCIONAL)
INTERNACIONAL - CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE NAVARRA (3)			ILIMITADO
BARCELONA - BERLIM - EUA (4)	-	-	75.000 €
RESTANTES CLÍNICAS			
DOENÇAS GRAVES (5)	-	-	1.000.000 €
COMPARTICIPAÇÕES			
DENTRO DA REDE (APÓS COPAGAMENTO)	100 %	100 %	100 %
FORA DA REDE	35 %	35 %	35 %
PRÓTESES E ORTÓTESES ESTOMATOLÓGICAS (6)	-	50% NA REDE MÉDIS 35% FORA DA REDE MÉDIS	50% NA REDE MÉDIS 35% FORA DA REDE MÉDIS
INTERNACIONAL - CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE NAVARRA (3)			100 %
BARCELONA - BERLIM - EUA (4)	-	-	80 %
RESTANTES CLÍNICAS			60 %
DOENÇAS GRAVES (5)	-	-	100 %
SUBLIMITES			
FISIOTERAPIA	500 € (7)	500 €	500 €
CONSULTAS DE PSIQUIATRIA	6 INDIVIDUAIS OU 12 DE GRUPO (7)	6 INDIVIDUAIS OU 12 DE GRUPO	6 INDIVIDUAIS OU 12 DE GRUPO
FRANQUIAS			
ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA (7)	50 €	-	-
INTERNACIONAL - RESTANTES CLÍNICAS	-	-	1.500 € / AGR. FAMILIAR

(1) Obriga à subscrição da cobertura opcional de Assistência Ambulatória; (2) Acesso através da Linha CA Saúde e serviço prestado pela Clínica Universitária de Navarra; (3) A Médís comparticipa integralmente todas as despesas de saúde previamente autorizadas e, **em caso de Internamento**, garante ainda à Pessoa Segura e Acompanhante o financiamento das despesas de alojamento e deslocação relativas a viagens de avião (classe económica), de comboio ou de automóvel (inclui apenas despesas de combustível, portagens e estadia de uma noite na ida e outra no regresso); (4) Barcelona Centro Médico (Espanha); Deutsches Herzzentrum Berlim (Alemanha); Clínica Johns Hopkins (EUA); (5) **As prestações ao abrigo desta cobertura são válidas na Rede de Prestadores convencionados fora do território nacional. São consideradas como Doenças Graves, ao abrigo desta cobertura, as patologias constantes nas condições contratuais;** (6) Aplicável apenas quando subscrita a cobertura opcional de Estomatologia; (7) Aplicável quando subscrita a cobertura opcional de Assistência Ambulatória.

COPAGAMENTOS E PERÍODOS DE CARÊNCIA

COPAGAMENTOS	PERÍODOS DE CARÊNCIA
Hospitalização	10 % (Mín: 200 € e Máx: 500 €)
Parto	250,00 €
Consultas de Cuidados Primários	15,00 €
Consultas de Especialidade	15,00 €
Urgências	40,00 €
Domicílios	25,00 €
Análises (por análise)	1,50 €
Anatomia Patológica	7,50 €
Raio X	7,50 €
Ecografias	12,50 €
Medicina Nuclear	10 %
TAC	27,50 €
Ressonância Magnética	65,00 €
Estomatologia (por acto médico) (8)	15,00 €
Outros Meios Complementares de Diagnóstico (7)	10 %
Cirurgias, tratamentos e Outros Atos Médicos em Ambulatório (7)	10 %

(8) Aplicável apenas quando subscrita a cobertura opcional de Estomatologia.

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO

PAGAMENTO DO PRÉMIO

FORMA DE PAGAMENTO: DÉBITO EM CONTA PERIODICIDADE: ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSAL
MULTIBANCO / CHEQUE PERIODICIDADE: ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL

AO 1.º RECIBO DE PRÉMIO, ACRÉSCE O CUSTO DE APÓLICE E RESPECTIVOS ENCARGOS LEGAIS, NO TOTAL DE 5,38 €.

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO / CRÉDITO SEPA

Titular da Conta: _____

Autorizo o Banco a proceder ao pagamento à Médís – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., do prémio relativo ao Seguro contratado através da presente Proposta e na periodicidade acordada.

Banco _____ Número de Conta - IBAN _____

BIC SWIFT _____ Tipo de pagamento: Pagamento recorrente ou Pagamento pontual

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar (i) a Médís – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e (ii) o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Médís – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco e incluem a possibilidade de exigir do seu Banco o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu Banco. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Alertamos, no entanto, para o facto de que a satisfação do pedido de reembolso por parte do seu Banco, não extingue a obrigação de pagamento do prémio em causa, nem as eventuais responsabilidades decorrentes do conseqüente incumprimento do contrato de Seguro.

Na situação de pagamento de quaisquer valores decorrentes do presente contrato de Seguro, deverá ser feito o crédito na mesma conta, salvo instruções expressas em contrário.

No caso de subscrição em contas conjuntas ou mistas, é necessário o acordo expresso dos contitulares aos termos da subscrição, devendo a presente instrução de pagamento ser assinada de acordo com as condições de movimentação da conta de depósito à ordem.

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura dos Titulares da Conta:

(Conforme Ficha de Assinaturas, ou Documento de Identificação, e de acordo com as condições de movimentação da conta de depósito à ordem)

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO

DECLARAÇÕES, DATA E ASSINATURAS

Para efeitos de celebração do presente contrato de seguro declaro que:

- São exatas e completas as declarações prestadas, e que tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contrato, tendo-me sido prestados todos os esclarecimentos sobre as condições contratuais, nomeadamente sobre garantias e exclusões aplicáveis, com as quais concordo.
- Autorizo o tratamento pelo Segurador dos dados pessoais fornecidos, bem como da informação recolhida junto de outras entidades, com vista à gestão da relação contratual, sem prejuízo de os poder consultar, retificar ou suprimir mediante comunicação escrita dirigida ao Segurador, o qual é o responsável pelo seu tratamento.
- Autorizo os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde a que recorra no âmbito do contrato de seguro, a fornecer aos serviços clínicos do Segurador e a deles receber quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e abrangidos pelo segredo profissional, bem como o seu tratamento.
- Autorizo a gravação das chamadas telefónicas realizadas no âmbito do contrato de seguro, para efeitos de gestão da relação contratual.
- Autorizo ainda que a informação respeitante ao extrato de benefícios, contendo informação relativa ao prestador, data da realização do ato médico e valor das despesas realizadas, seja prestada ao Tomador do Seguro.
- Sem prejuízo dos deveres e limites previstos nas leis de proteção de dados e concorrência, pode o Segurador facultar o acesso ou transmitir tais informações ou dados a pessoas, singulares ou coletivas, de direito público ou privado, que subcontrate para efeitos de colaboração na realização e estudos estatísticos, de inquéritos de mercado ou na viabilização da execução dos contratos, nestes se incluindo a Associação Portuguesa de Seguradores (bem como a resseguradores ou entidades que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude, ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais).
- Nos seguros celebrados por prazo igual ou superior a seis meses, o Tomador do seguro que seja pessoa singular tem o direito à resolução do contrato, sem necessidade de invocar justa causa, nos 30 dias imediatos à data da receção da apólice.
- O previsto no número anterior não se aplica aos seguros de grupo.

Tomei ainda conhecimento de que:

- A aceitação do seguro, relativamente a cada Pessoa Segura, fica dependente da análise do respetivo Questionário Individual de Saúde, considerando-se o seguro aceite se, no prazo máximo de 14 dias a contar da data de receção da Proposta e respetivo Questionário Individual de Saúde pelos Serviços de Subscrição Médica do Segurador, este não notificar a Pessoa Segura da não aceitação do risco proposto ou da necessidade de obtenção de elementos adicionais para a sua apreciação.
- A análise do Questionário Individual de Saúde e dos restantes fatores caracterizadores do risco proposto condicionam a sua aceitação por parte do Segurador ou dos termos em que a mesma possa ocorrer.
- Tratando-se de uma transferência de risco anteriormente coberto por outro contrato de seguro, serão aplicadas exclusões particulares e períodos de carência às novas coberturas e à diferença de capitais face à apólice anterior, com exceção da cobertura de Parto que fica sujeita ao período de carência previsto nas Condições Gerais da apólice, ou seja, de 365 dias.
As exclusões particulares e preexistências serão consideradas com base na informação clínica existente, ou seja, nas Condições Particulares/Certificados Individuais em vigor à data da transferência. Na ausência da referida informação, a subscrição será realizada com base no preenchimento de um questionário médico e reportada à data da contratação deste seguro Médís. As preexistências serão reportadas com início à data em que o questionário médico de suporte à subscrição deste seguro foi preenchido.
- Em caso de alteração das condições da apólice, serão aplicados períodos de carência às novas coberturas e à diferença de capital que exceda o da opção anterior. Serão consideradas preexistências e exclusões particulares com base na informação clínica existente (Questionário médico, Condições particulares/Certificado individual e informação adicional resultante da utilização do seguro), para as novas coberturas ou para a diferença de capital que exceda o da opção anterior.
- Nos termos legais, havendo aceitação da presente proposta, a cobertura dos riscos verifica-se, apenas, com o pagamento do prémio ou fração devidos.
- As prestações garantidas constantes desta Proposta referem-se exclusivamente a cada ano de vigência do contrato.
- O contrato de seguro a celebrar vigorará em regime de co-seguro, tendo como co-seguradores a Médís - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. e a CRÉDITO AGRÍCOLA SEGUROS - Companhia de Seguros de Ramos Reais, S.A., e sendo a Médís o co-segurador líder do contrato. Todas as referências contratuais ao segurador, deverão entender-se como feitas em relação ao líder.
- Eventuais reclamações de Tomadores de Seguro ou de outras partes interessadas podem ser dirigidas ao Segurador, ao Provedor do Cliente ou à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, sem prejuízo da possibilidade de recurso aos meios alternativos de resolução de conflitos ou aos tribunais judiciais.

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____

O Tomador do Seguro

Assinatura(s) da(s) Pessoa(s) Segura(s) (ou representante no caso de menores de 18 anos)

1.^a _____

4.^a _____

2.^a _____

5.^a _____

3.^a _____

6.^a _____

DIA	MÊS	ANO	CÓDIGO DA CCAM	DESCRIPTIVO DA CCAM	CÓDIGO DA AGÊNCIA	DESCRIPTIVO DA AGÊNCIA	CÓDIGO DO PRODUTOR